

LE MODELE DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP, SUPPORT METHODOLOGIQUE POUR L'ELABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISE

Par Pierre Castelein
Ergothérapeute

Maître-assistant et coordinateur section ergothérapie
Haute Ecole Libre de Bruxelles – Ilya Prigogine
Directeur Centre de Recherches et d'Etudes Appliquées
de la HELB-ISCAM

1. L'individualisation des objectifs

Dans la pratique quotidienne des ergothérapeutes, j'ai souvent le sentiment que nous privilégions « le faire » ou le « faire faire » en proposant des activités multiples sans avoir mené préalablement une réflexion qui précise buts et objectifs de cette action. Nous éprouvons des difficultés pour formuler nos objectifs qui, de ce fait, deviennent le plus souvent des activités sans réels rapport avec la situation de handicap de la personne.

En réadaptation, formuler les objectifs reste un processus « flou » dont il est difficile d'en transmettre le mécanisme précis dans les cursus de formation de nos étudiants, futurs ergothérapeutes.

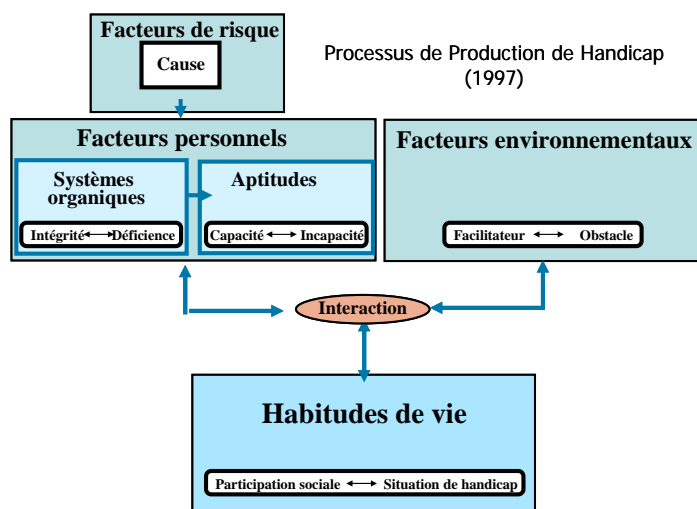
Si l'individualisation des objectifs fait l'objet d'un consensus dans notre démarche professionnelle, nous avons cependant difficile à la concrétiser dans la méthodologie de nos interventions.

Ce besoin d'individualisation a émergé en même temps que notre adhésion intellectuelle à d'autres modèles explicatifs des conséquences des « maladies/accidents » de nos patients. Aujourd'hui, nous n'appréhendons plus le handicap comme étant une réalité réduite aux seules incapacités fonctionnelles des personnes mais en tant qu'interaction entre les facteurs personnels et facteurs environnementaux ayant un impact sur la participation sociale de l'individu. Dans cette vision, la personne est au centre d'un processus unique que nous devons tenté d'aborder dans le cadre d'un plan d'intervention individualisé.

En organisant notre intervention pour mieux la centrer sur les besoins de notre « client-patient », nous nous inscrivons dans une démarche qualité et d'accréditation telle que l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé) propose en France dans ses recommandations pour la gestion du dossier du patient en ergothérapie.

Le plan d'intervention s'articule sur 4 parties :

1. les renseignements généraux et l'identification des facteurs de risque
2. la synthèse des informations relatives à la personne, sa participation sociale, son environnement physique et social.
3. la formulation de la situation de handicap définie en faisant référence au modèle anthropologique du *Processus de Production du Handicap*.
4. la formulation des objectifs de l'intervention et des échéances de révision de ceux-ci.



Dans un premier temps, nous décrirons la méthodologie générale pour l'illustrer ensuite dans une intervention auprès d'une jeune femme présentant un trouble psychiatrique. Cette illustration en santé mentale ne doit pas occulter le caractère polyvalent de la démarche.

2 Définition d'un Plan d'Intervention Individualisé

Le « **PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISE** » *synthétise l'évaluation par les différents intervenants et il précise les situations de handicap de la personne et de son entourage.*

De celles-ci découleront des formulations précises d'objectifs mesurables qui tiendront compte des ressources disponibles de l'environnement. Le plan doit également tenir compte des attentes exprimées par la personne face aux problématiques mises en évidence par l'évaluation. Les objectifs opérationnels doivent produire des résultats tangibles, ce qui est la finalité d'un « plan d'intervention individualisé »

Le document complété devient donc l'expression écrite de la problématique d'une personne et du plan d'intervention proposé par les intervenants. Il doit constituer un guide tout au long du processus de rééducation/réadaptation/insertion sociale de la personne et permettre de contrôler la qualité de l'intervention en jugeant de sa concordance avec les objectifs formulés. Le plan est rédigé dans un souci d'individualisation.

Même si certains protocoles d'évaluation seront standardisés (mesures des aptitudes, des habitudes et de l'environnement), le plan d'intervention devra être individualisé pour prendre en compte tous les facteurs qui interagissent dans la production de situations de handicap de la personne.

3. Contenu général d'un Plan d'Intervention Individualisé

1^{re} PARTIE : INFORMATIONS GENERALES

- 1. Renseignements socio-administratifs**
- 2. Renseignements médicaux et facteurs de risque**

Histoire de la maladie et autres éléments significatifs pour orienter les conclusions de l'évaluation

Antécédants :

- Médicaux
- Médication
- Chirurgicaux
- Psychiatriques
- De rééducation et de réadaptation
- Etc ...

Facteurs de risque (1):

- Biologiques
- Liés à l'environnement physique
- Liés aux comportements individuels et sociaux

(1)Un facteur de risque est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne (PPH)

2^e PARTIE : SYNTHÈSE DES ÉVALUATIONS

L'ÉVALUATION EST LE PROCESSUS PAR LEQUEL UN PROFESSIONNEL OU UNE ÉQUIPE DÉLIMITÉE, OBTIENT ET FOURNIT LES INFORMATIONS UTILES PERMETTANT DE JUGER DES DÉCISIONS POSSIBLES POUR ÉTABLIR UN PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ

EVALUER ou MESURER ?

« Mesurer, c'est assigner un nombre à un objet ou à un événement selon une règle logiquement acceptable » (J.P. Guilford)

Une évaluation peut-être globale, intuitive, diffuse, **IMPLICITE**, **INFORMELLE** et **QUALITATIVE**. À l'inverse, une évaluation peut-être **analytique**, **avoir recours à un plan d'expérience précis et quantifiable**, reposer sur des critères explicites. Si **EVALUER** c'est porter un jugement de valeur sur un objet ou un événement, **MESURER** c'est faire la cueillette et la classification systématique de données quantifiables sur un objet ou un événement.

Les résultats d'une mesure peuvent ensuite être interprétés par rapport à un cadre de référence pour **EVALUER**.

Une évaluation **CRITÉRIÉE** visera à déterminer si « l'objet mesuré » est « satisfaisant » par rapport à un critère, une norme défini à l'avance comme étant le seuil de l'acceptabilité.

Le rôle majeur de l'évaluation est de fournir les bases **d'un jugement de valeur** qui permettent de prendre les décisions les plus adéquates aux objectifs fixés.

L'évaluation s'appuie autant sur des moyens informels tels que l'entretien, l'observation en situation pratique, que des moyens formels tels que bilans, inventaires, tests, ...

Nous n'évoquerons pas un « instrument » particulier de l'évaluation pour nous limiter au processus de synthèse des informations.

La **synthèse des informations** récoltées par les professionnels est organisée selon 3 dimensions :

1. *La connaissance de la **PERSONNE***
2. *La connaissance de la **PARTICIPATION SOCIALE** de la personne*
3. *La connaissance de l'**ENVIRONNEMENT** physique et social*

1. Connaissance de la personne

Présentation clinique : concerne l'aspect physique, les installations et positionnements, les comportements de la personne, l'aspect relationnel.

Facteurs personnels (1): évaluation des systèmes organiques (déficiences(2)), des aptitudes(3), et incapacités (4), des déterminants personnels (les valeurs, les motivations, les intérêts, des croyances, ...)

(1) Un facteur personnel est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc....

(2) Une déficience correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique. (PPH)

(3) L'aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. L'aptitude est la dimension intrinsèque d'un individu en regard de l'exécution d'une activité physique ou mentale sans tenir compte de l'environnement. La capacité correspond à l'expression positive d'une aptitude. (PPH)

(4) L'incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude. (PPH)

2. Connaissance de la participation sociale de la personne

Les « **habitudes de vie** » (1): évaluation des habitudes de soins personnels, domestiques, de communication, de loisirs, d'éducation, de travail, ... soit **antérieures** à la prise en charge, soit **simultanées** à la prise en charge. Le choix de la référence temporelle associée à cette évaluation est

souvent induit par le stade de travail de deuil de la personne, celle-ci pouvant soit se trouver dans une phase d'errance qui favorise la référence aux habitudes passées, soit s'acheminer vers une phase de réorganisation qui favorise l'investissement dans les habitudes présentes et futures. Avec la phase de réorganisation et d'apaisement la personne devient capable de se libérer de sa fixation sur l'objet perdu et du passé, et de prendre acte de la perte en ce qu'elle a de définitif. Mais surtout, cette prise de conscience la rend capable d'investir à nouveau ses énergies dans un présent concret et consistant, c'est-à-dire capable d'établir ou de rétablir des liens sociaux, de faire des projets et de commencer au moins à les réaliser.

Cadre temporel de référence de l'évaluation des habitudes de vie.

Avant de commencer les entretiens il est nécessaire de définir clairement le cadre temporel par rapport auquel le client sera invité à formuler ses réponses lors du bilan des habitudes.

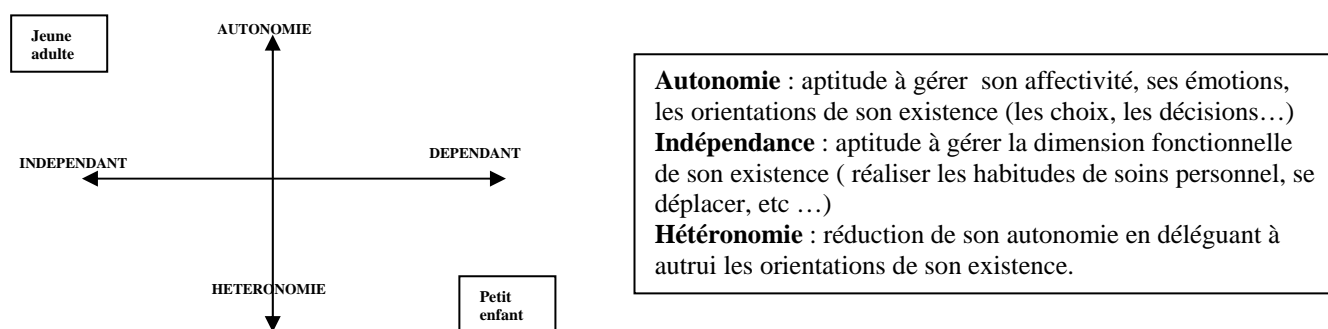
S'il est vrai que dans la majorité des cas, l'évaluation des habitudes sera envisagée en se référant à l'existence passée pour autant que celle-ci constitue encore un cadre de référence crédible pour délimiter la situation de handicap perçue par la personne. Si ce n'est plus le cas (ex. : du fait de l'ancienneté des déficiences), l'existence présente deviendra dès lors le cadre de référence lors de l'évaluation.

Lors de la formulation du projet de la personne, cette évaluation pourrait porter sur les habitudes futures en se référant à une projection du réaménagement de son mode d'existence.

(1) Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc, ...). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence (PPH)

3. Connaissance de l'environnement de la personne

Environnement physique : évaluation des éléments liés à l'environnement matériel qui influencent positivement (facilitateurs (1)) ou négativement (obstacles (2)) l'autonomie et l'indépendance de la personne lors de la réalisation de ses habitudes de vie.



Environnement social : évaluation des éléments liés à l'environnement humain et social qui influencent positivement (facilitateurs) ou négativement (obstacles) l'autonomie et l'indépendance de la personne.

(1) Facilitateur : Un facilitateur correspond à un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).

(2) Obstacle : Un obstacle correspond à un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).

3^e PARTIE : FORMULATION DE LA SITUATION DE HANDICAP DE LA PERSONNE

1. Projet de la personne et/ou de son entourage

L'intervenant recueille, analyse les attentes et les projets de la personne et de son entourage. Les projets de la personne et de sa famille peuvent s'exprimer sous la forme d'habitudes de la vie quotidienne et d'habitudes de la vie sociale dans lesquelles il souhaite s'intégrer (la scolarité, les déplacements, les soins personnels, la nutrition, les loisirs, ...).

2. Situation de handicap de la personne :

Selon le Processus de Production du Handicap, une situation de handicap correspond à la ***réduction de la réalisation des habitudes de vie***, des occupations, résultant de l'interaction entre *les facteurs personnels* (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et *les facteurs environnementaux* (les facilitateurs et les obstacles). Quoique souvent présent dans notre discours professionnel, ce concept est souvent mal interprété et devient un amalgame de l'ensemble des difficultés de la personne. En conséquence de quoi, il devient peu lisible et de ce fait peu opérationnel pour orienter notre intervention.

En référence à la définition rappelée ci-dessus, la démarche pour formuler une situation de handicap consiste à suivre une réflexion en 3 étapes :

1^{re} étape > sélectionner **les habitudes « prioritaires »** c'est-à-dire celles qui rencontrent simultanément une difficulté de réalisation, une absence de stratégies compensatoires efficaces (aides techniques/aménagements ou humaines) et l'expression d'une insatisfaction importante de la part de la personne et/ou de ses représentants (famille, éducateurs, ...).

Dès le moment où l'on considère que notre action doit contribuer à améliorer la participation sociale de la personne, les habitudes « prioritaires » peuvent être assimilées aux BUTS (finalités) de notre intervention autour desquels seront formulés les OBJECTIFS opérationnels de celle-ci et ensuite les TACHES à entreprendre pour tenter de les atteindre.

2^e étape > sélectionner **les facteurs personnels « prioritaires » (déficiences, incapacités)** c'est-à-dire ceux qui *compromettent directement le potentiel de réalisation* des habitudes prioritaires sélectionnées lors de la 1^{re} étape. D'autres déficiences et incapacités n'ayant pas un impact direct sur la faisabilité des habitudes prioritaires seront *momentanément* reléguées au second plan.

3^e étape > sélectionner **les facteurs environnementaux « prioritaires » (obstacles, facilitateurs)** c'est-à-dire ceux qui compromettent la réalisation des habitudes prioritaires sélectionnées lors de la 1^{re} étape (= *obstacles*) ainsi que ceux qui peuvent au contraire faciliter leur réalisation à condition de les exploiter judicieusement (= *facilitateurs*).

La situation de handicap n'est jamais figée dans le temps car elle résulte de l'interaction de facteurs qui se modifient régulièrement. Par conséquent un Plan d'Intervention Individualisé devra également tenir compte de cette dynamique en prévoyant des procédures de révision.

4^e PARTIE : PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ

1. Objectifs & stratégies d'intervention

Formulation des objectifs en fonction de la situation de handicap de la personne.

L'objectif représente une finalité à atteindre, il est formulé de façon opérationnelle.

Il décrit un ensemble de comportements ou performances dont la personne doit se montrer capable.

L'objectif décrit le résultat à atteindre au terme de l'intervention.

La précision de l'objectif permet également d'évaluer ensuite les effets d'une intervention en termes de contrôle de la qualité de celle-ci.

Les objectifs proposent des stratégies d'intervention adaptées aux besoins de la personne mais également compatibles avec les ressources de l'environnement institutionnel (ressources humaines, compétences, ressources matérielles,...) pour élaborer une intervention efficace.

Ces stratégies prendront notamment les formes suivantes :

1.1 Interventions sur la personne :

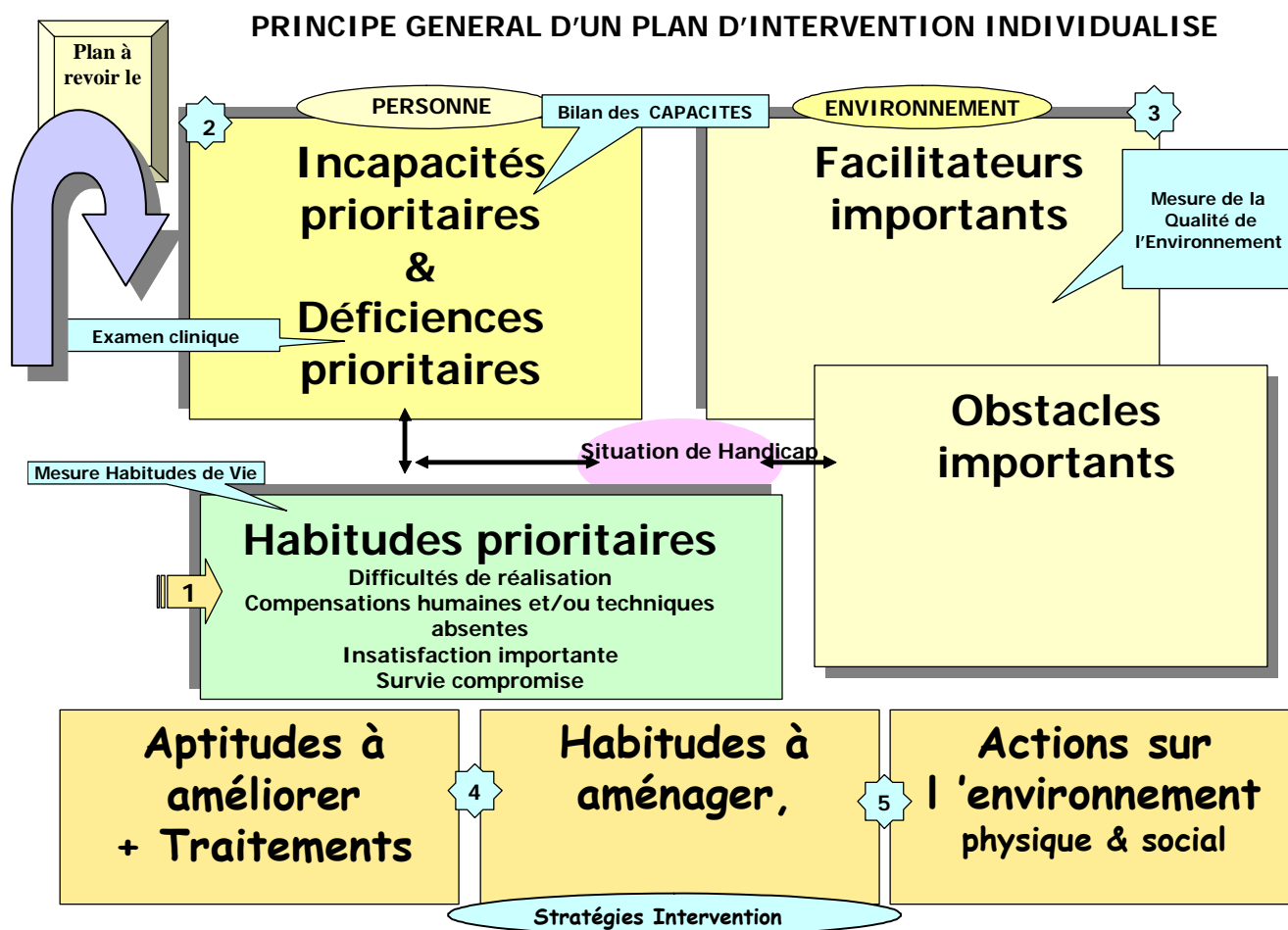
- ✓ rééducation des incapacités identifiées comme étant prioritaires
- ✓ traitement médical et paramédical des déficiences
- ✓ accompagnement psychologique de la personne
- ✓ etc ...

1.2 Interventions sur la participation sociale de la personne :

- ✓ améliorer l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne de la personne : se nourrir seul, s'habiller seul, se laver seul, se déplacer seul, ...
 - ✓ favoriser l'intégration scolaire
 - ✓ permettre l'accès à des loisirs adaptés à l'âge de la personne et à ses capacités
- etc... .

1.3 Interventions sur l'environnement physique et social de la personne :

- ✓ recherche des aides techniques de compensation : fauteuil roulant, aides visuelles, ...
- ✓ adaptation de l'environnement de vie : aménagement des obstacles de l'habitat, ...
- ✓ identification et organisation des ressources humaines proches de la personne : améliorer l'attitude et le support de la famille, rechercher d'autres aides humaines, améliorer l'attitude des enseignants, ...
- ✓ mise en oeuvre de ressources communautaires publiques ou privées : aides financières, recherche d'établissements d'éducation, de rééducation, assistance médicale, système de transport, ...



2. Identifier les moyens de l'intervention

Identification des ressources humaines, financières, techniques, institutionnelles, ... à mettre en œuvre pour réaliser les objectifs du plan d'intervention.

L'étendue de cette intervention l'inscrit naturellement dans une action interdisciplinaire. Encore faut-il que l'équipe puisse adhérer à une vision commune de l'individu en développement pour accepter de collaborer à une action coordonnée. Pour s'engager à conjuguer leurs efforts et leurs savoir-faire dans la poursuite d'objectifs visant un même résultat, les membres de l'équipe doivent élaborer une vision prospective de leurs rôles respectifs, et des objectifs interdisciplinaires.

Cependant, l'absence de cette approche interdisciplinaire ne justifie pas l'abandon du plan d'intervention individualisé mais elle limite sérieusement l'étendue des stratégies possibles.

3. Echancier

Planification des interventions et fixation d'une échéance de révision du plan d'intervention afin de réexaminer l'évolution des besoins de la personne.

4. Résultats de l'intervention -validation

Avis des intervenants sur l'efficacité des stratégies mises en œuvre.

Redéfinition de nouvelles stratégies en fonction de l'évolution des situations de handicap et des réévaluations pratiquées sur la personne, son environnement et sa participation sociale.

4. CONCLUSION

Pour une utilisation optimale, le plan d'intervention doit :

1. être structuré
2. être adaptable selon les pratiques et la diversité des prises en charge accessibles
3. être évolutif en fonction de la progression des interventions et des résultats
4. être simple d'utilisation compte tenu des contraintes professionnelles, utiliser un langage précis, clair, bref pour permettre une lisibilité optimale du dossier
5. utiliser un vocabulaire compréhensible par l'ensemble des professionnels de santé pour permettre le partage des informations et l'élaboration d'objectifs communs.
6. assurer la continuité de l'information délivrée à la personne et à sa famille

Le Plan d'Intervention constitue une synthèse des informations, des évaluations et surtout un outil de réflexion sur les stratégies alternatives de réadaptation.

Il permet de faciliter la communication et de coordonner l'intervention des différents professionnels concernés par la prise en charge de la personne.

Le dossier écrit constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des actions entreprises.

5. ILLUSTRATION DE CETTE METHODOLOGIE

Contexte de réalisation de ce plan d'Intervention :

Institut psychiatrique

Hospitalisation en unité ouverte mixte

après un passage en unité fermée pour femmes.



1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

- **Identité : CX** Sexe : féminin Age : 35 ans
- **Situation familiale et socioculturelle** : Mme CX est célibataire et n'a jamais travaillé. Elle a suivi une scolarité secondaire de type professionnelle dans la section « aide aux personnes ».
- Au moment de son internement, elle vit chez sa mère avec sa sœur cadette, âgée de 28 ans. Sa mère est d'origine italienne et elle parle un français très rudimentaire. Elle-même parle le français et l'italien.
- Ses parents sont séparés depuis environ 18 ans, le père ne vit plus dans la même ville.
- La mère (57 ans) travaille dans une entreprise de restauration collective et la sœur travaille dans une entreprise de travail adapté.
- CX ne reçoit pas de visites à l'hôpital et, actuellement, elle partage une chambre avec 3 autres patientes.

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX & FACTEURS DE RISQUE

2.1 Antécédents familiaux :

- Le père semble avoir présenté des épisodes alcooliques mais la situation actuelle est inconnue.
- La mère a été hospitalisée à 2 reprises pour un syndrome dépressif, la dernière hospitalisation remonte à 7 ans.
- La sœur cadette présente une déficience mentale légère associée à une épilepsie contrôlée.

2.2 Antécédents personnels et histoire de la pathologie

- **Diagnostic** : Mme CX souffre de troubles schizo-affectif de type bipolaire (DSM IV). Il s'agit d'une perturbation caractérisée par la présence simultanée, à un moment donné, soit d'un syndrome dépressif majeur, soit d'un syndrome maniaque, et de symptômes répondant à des manifestations de type schizophrénique ainsi que des troubles thymiques (humeur).
- Le 16 décembre 2002, suite à une demande de sa mère contre qui elle aurait porté plusieurs coups, Mme CX est hospitalisée en état très délirant dans un premier établissement. Dans cet établissement, elle détruit intentionnellement de nombreux objets.
- Le 15 mars 2003, elle est transférée dans l'établissement actuel. Toujours délirante et très agressive, elle passe quelques jours en chambre d'isolement et ensuite en unité fermée.
- Actuellement, elle se trouve dans une unité ouverte mixte.

2.3 Autres facteurs de risque

- **Coutumes et croyances** : la mère ne comprend pas l'état de sa fille. Très croyante, elle « diabolise » l'état psychique de sa fille quelle croit habitée par le « mal » (*dixit médecin et AS*). L'échec de son couple (justifié par l'alcoolisme de son mari) et l'état de santé de ses 2 filles engendrent un fort sentiment de culpabilité qu'elle compense par un refuge dans une pratique religieuse intensive. Mme CX, quant à elle, n'exprime pas de sentiment religieux.
- **Comportement des parents** : la mère n'a jamais favorisé l'insertion sociale de ses enfants afin de les conserver au contraire auprès d'elle. Une relation très fusionnelle subsiste entre mère et filles.
- **Comportement de CX** : au travers des propos de la mère, il semblerait que CX ait fait une TS vers 17 ans, peu de temps après la séparation de ses parents, mais cette information n'a pas été confirmée dans les dossiers transmis ou par CX.

- **Conflits** : CX n'a pratiquement plus de contact avec son père et la simple évocation de ce dernier auprès de la mère suscite encore de vives réactions de celle-ci, aussi le sujet est « tabou » dans la famille.
- **Usage de substances toxiques** : CX présente une accoutumance extrême au tabac. La médication prescrite présente également de nombreux effets secondaires.
- **Nutrition** : sans surveillance et stimulations extérieures, CX ne s'alimente pas spontanément ou de façon très déséquilibrée.
- **Hygiène** : CX est très peu soigneuse et en particulier pour son hygiène intime. Elle a déjà présenté des infections urinaires et cutanées. (> *risques infectieux*)

3. CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

3.1 Identification des déficiences importantes : *aucun facteur organique connu n'est à la base du trouble diagnostiqué*



Modalités de l'évaluation :

- Examen neurologique clinique
- Examen médical

Dates évaluation :

1. 4/4/03 2 : 14/9/03

1. Système nerveux	RAS (rien à signaler)
2. Système auriculaire	RAS
3 Système oculaire	7/10° à gauche et 8/10° à droite
4. Système digestif	
4.1 Cavité buccale (glandes salivaires)	Hypo salivation due aux neuroleptiques mais compensation par la prise de Sulfarlem.
5. Système respiratoire	RAS
6. Système cardiovasculaire	RAS
7. Système hématopoïétique et immunitaire	RAS
8. Système urinaire 8.3 Vessie – 8.4 Urètre	Infections urinaires (cystites) récidivantes
9 Système endocrinien	RAS
10. Système reproducteur	RAS
11. Système cutané	Eczéma localisé
12. Système musculaire	RAS
13. Système squelettique	RAS
14. Morphologie	Rapport taille / poids déséquilibré : poids inférieur à la moyenne

3.2 Identification des Incapacités prioritaires



Modalités de l'évaluation : (*cfr annexes du dossier*)

1. Bilan des aptitudes (ergoth.)
2. Examen psychiatrique
3. Examen psychologique
4. Observations du personnel infirmier, kinésithérapeute (physiothérapeute), musico thérapeute, assistant social(AS).

Dates évaluation :

1. synthèse 5/10/03 (réunion)

Les incapacités les plus importantes sont reportées sur le document de synthèse :

Les incapacités qui affectent davantage la sécurité de l'individu ou ses relations sociales sont mises en évidence dans la colonne de droite		CATEGORIES D'APTITUDES – SELECTION DES INCAPACITES		Synthèse des informations recueillies	☐
1. Activités Intellectuelles	1.1 Conscience	Vigilance	Très diminuée surtout durant les phases maniaques		
		Sommeil	Insomnies nocturnes + épisodes de somnolence diurne		
		Attention diffuse	Durant les phases maniaques on observe une grande réactivité à tous les stimuli de son environnement		
		Attention sélective	Incapable de se concentrer sur les activités proposées		X
		CONSCIENCE REALITE	Etat confusionnel important		X
		<i>Somatognosie</i>	La nosognosie est affectée par une mauvaise conscience de ses possibilités physiques qu'elle sous estime		
		<i>Conscience de soi</i>	Son comportement alimentaire, son hygiène, ses délires ... indiquent une perturbation grave de cette conscience		
		<i>Orientation spatiale</i>	S'oriente dans les espaces familiaux mais est incapable de décrire des trajectoires pour rejoindre des lieux connus		
	<i>Orientation temporelle</i>	Ne gère pas ses horaires, peu de conscience des durées des activités entreprises.			
	1.2 Mnésies	Mémoire à court et long terme	Elle a très difficile à se souvenir de ce qu'elle a fait le jour précédent et parfois ce qu'elle a fait le matin même.		X
		Mémoire procédurale	Ne mémorise pas, d'une séance à l'autre, les procédures des nouvelles activités proposées.		
	1.3 Pensée	Conception	Incohérence fréquente des idées formulées. Quant elle doit s'exprimer, les idées s'enchaînent de façon désordonnée.		
		Raisonnement			
Jugement		Les choix effectués (choix des vêtements, des activités) sont souvent en discordance avec les situations réelles.		X	
2. Langage	2.2 Expression	Expression graphique	Elle détruit régulièrement ses productions graphiques		
		Expression verbale (orale)	Le contenu n'est pas cohérent surtout durant les phases maniaques		X
	2.3 Compréhension	Compréhension orale	Son manque d'écoute et d'attention perturbe souvent sa compréhension		
		Compréhension écrit	La compréhension de textes courts est bonne (1 page) mais si le document est plus long elle achève rarement la lecture.		
3. Comportements	3.1 Volition	Décision - Initiative	Très difficile ... voir impossible		X
		Persévérance	A besoin de stimulation constante pour achever 1 activité		X
		Intérêt	Aucune constance dans les intérêts formulés. Ne s'investit dans aucune activité en particulier. Aime se promener au jardin.		
		Souplesse / patience	Supporte difficilement les changements mineurs dans la vie quotidienne. Ne supporte pas les activités à long terme, elle souhaite un résultat rapide.		X
	3.2 Affectivité	Emotion	Son humeur est très instable, elle passe rapidement de l'euphorie à l'abattement, du repli sur soi à l'étalage de ses humeurs.. Elle exprime souvent de l'anxiété.		X
		Estime de soi	Parfois très narcissique mais en général exprime une vision très négative de ses potentialités.		
		Empathie	Aucune empathie		X
		Autonomie	Très forte hétéronomie (dépendance) vis-à-vis du personnel		X
		Sentiment d'appartenance	Aucun vis-à-vis des groupes au sein desquels elle est intégrée, par contre sentiment très élevé vis-à-vis de sa famille (mère et sœur mais également cousins, tante, oncle)		
	3.3 Conduite	Sens des responsabilités	N'assume aucune responsabilité aussi petite soit-elle.		
		Respect des règles	Ne tient pas compte des règles et consignes qui organisent sa vie quotidienne. Fume dans sa chambre malgré les interdictions.		X
		Sécurité personnelle	Elle ne semble pas être animée d'idée suicidaire mais son manque de contrôle de ses pulsions destructrices en fait un sujet à risque.		X
		Adaptation aux situations	Aucune flexibilité pour s'ajuster à des changements		
		Sociabilité	Ne recherche pas la compagnie des autres patients, ni de ses compagnes de chambre		X
		Intimité	N'a pas développé une relation privilégiée		
		Contrôle des pulsions	Violence physique sur ses vêtements ainsi que sur certaines réalisations personnelles (dessins...) Pas de violence physique sur autrui mais formule parfois des injures et des menaces.		X
		Contrôle des émotions	Très grande instabilité		X
		Relaxation	Demeure très tendue durant les phases maniaques		
		Ecoute	Ne prête pas attention au discours des autres personnes		X
		4. Sens et perception	4.1 Fonctions inté-roceptives	Faim / satiété	Il faut la stimuler à s'alimenter et surveiller l'équilibre de ses repas car elle a tendance à ne consommer qu'un seul aliment.
Soif	Boit beaucoup d'eau (effets des neuroleptiques)				
4.2 Fonctions proprioceptives	Kinesthésie		Elle apparaît comme très maladroite dans ses mouvements		
4.3 Fonctions exté-	Vision		Elle présente parfois des hallucinations visuelles (ex. : vision		X

	roceptives		de visages dans les feuilles d'un arbre, ...)	
5. Activités motrices	5.4.2 Locomotion	Marcher/sauter /courir/danser	Passé de l'hyper à l'hypoactivité selon les phases.	
	5.5 Activités manuelles	Prise à une main Prises simultanées	La précision est perturbée par les tremblements générés par les neuroleptiques.	
6. Respiration			RAS	
7. Digestion	7.4 Saliver		Hypo salivation (neuroleptiques)	
	7.10 Vomir		Se dit parfois au bord de l'indigestion mais ne vomit pas.	
8. Excrétion			RAS	
9. Reproduction	9.1 Génitalité	Plaisir sexuel	Frigidité probable, pas de pulsions sexuelles.	
10. Protection et résistance	10.1 Tolérance	Tolérance aux sons	Apprécie la musique classique mais ne supporte pas les bruits plus intenses (conversation, machines, musique + forte, ...)	
	10.2 Résistance	Endurance effort physique et mental	Exprime une très grande fatigue	X

4. CONNAISSANCE DE LA PARTICIPATION SOCIALE

Identification des Habitudes prioritaires

Les cases cochées correspondent aux critères retenus pour identifier les habitudes prioritaires pour lesquelles la personne éprouve des difficultés et pour lesquelles une insatisfaction a peut-être été exprimée par rapport à cette situation. Cette insatisfaction peut être exprimée soit par la personne, soit par l'entourage (familiale ou institutionnel) en fonction de l'impact négatif sur la vie quotidienne.



Modalités de l'évaluation : (cfr annexes du dossier)

Utilisation de la Mesure des Habitudes de Vie (MHAVIE) : informations recueillies auprès de la personne (*observation*), des aides soignants, de l'ergothérapeute et de l'AS.

Evaluation de l'insatisfaction : équipe de nursing, ergothérapeute, AS

HABITUDES prioritaires	REALISATION			AIDE		INSATISFACTION	
	AVEC DIFFICULTE	PAR SUBSTITUTION	NON REALISE	HUMAINE	NON TROUVEE		
Dates des évaluation : 1 : 5/10/03 2 : 20/10/03 3 : 17/11/03 4 :							
Choisir les aliments appropriés pour vos repas, selon vos goûts (quantité et type d'aliments)	X			X		X	5/10/03
Participer à la préparation d'un repas simple (en ergoth.)	X			X			5/10/03
Pratiquer des activités relaxantes et de détente.			X			X	5/10/03
Assurer son hygiène corporelle et ses soins d'apparence.	X			X		X	5/10/03
Choisir des vêtements appropriés (selon la t°, le type d'activité, les circonstances sociales)	X			X		X	5/10/03
Changer les vêtements souillés, salis	X			X		X	5/10/03
Assurer le rangement et l'entretien du linge	X			X		X	5/10/03
Suivre les consignes thérapeutiques (moins fumer, faire de l'exercice)			X		X	X	5/10/03
Assurer un sommeil équilibré, prendre du repos	X				X	X	5/10/03
Exprimer vos besoins	X			X		X	5/10/03
Participer à une conversation	X			X		X	5/10/03
Communiquer par écrit (écrire une lettre à sa mère)			X				20/10/03
Se déplacer dans l'institution	X			X			20/10/03
Respecter les droits et les biens d'autrui	X			X		X	17/11/03
Rétablir des liens familiaux			X			X	17/11/03
Avoir des liens sociaux avec d'autres personnes (compagnes de chambre, autres patients, thérapeutes,...)	X					X	17/11/03

Participer aux activités d'un groupe	X			X		X	17/11/03
Choisir une activité de détente (loisir)			X				17/11/03

5. CONNAISSANCE DE L'ENVIRONNEMENT

- Identification des Facteurs Environnementaux selon la MQE

Dates évaluation :
1. synthèse le 20/10/03

 Modalités de l'évaluation : (cfr annexes du dossier)

Utilisation de la Mesure de la Qualité de l'Environnement. (MQE) :

informations recueillies par la psychologue, l'assistant social et l'ergothérapeute.

Au terme de l'utilisation de la Mesure de la Qualité de l'Environnement, sont reportés sur ce tableau les facilitateurs & obstacles estimés importants pour orienter l'intervention auprès de la personne ou formuler des recommandations à l'usage des professionnels ou de la famille..

	FACTEURS SOCIAUX	FACTEURS PHYSIQUES
FACILITATEURS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CX semble manifestée une meilleure acceptation vis-à-vis de l'AS dont elle attend les visites. ✓ L'AS gère provisoirement les dépenses de CX ✓ Bonne relation avec sa jeune sœur. ✓ Reconnaissance de son incapacité mentale et attribution d'un revenu de compensation. ✓ Au-delà de sa mère et de sa sœur, CX parle de cousins, d'une tante et d'un oncle à qui elle voudrait faire un cadeau. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le centre hospitalier n'est pas très éloigné de l'habitation de la mère et aisément accessible par autobus. ✓ Présence d'un jardin que CX apprécie et fréquente beaucoup (lieu pour fumer) ✓ CX dispose dans sa chambre d'un téléphone (commun aux 3 personnes) si elle souhaite communiquer avec sa mère. ✓ Le service d'ergothérapie est équipé d'une cuisine et d'une salle de bain ✓ Le centre dispose de logements supervisés extérieurs à l'hospitalisation.
OBSTACLES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Attitude et support de la mère qui n'a pas rétablit une communication avec sa fille depuis son internement. La famille n'assure aucune aide pratique ou financière (entretien du linge, ...) ✓ Niveau socio culturelle de la mère et de CX ✓ CX et sa famille ne possèdent pas de revenus importants. ✓ Attitudes des autres patients qui ne supportent pas aisément CX ✓ Certaines personnes de l'équipe soignante supportent plus difficilement l'attitude de CX ✓ Absence du père ✓ Pour sa sécurité CX n'est pas autorisée à quitter seul le centre hospitalier. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CX ne peut pas disposer d'une machine à lessiver pour assurer l'entretien de son linge personnel. Elle doit confier, contre paiement, son linge au service buanderie du Centre ou se limiter au lavabo de sa chambre. ✓ Le nombre de logements supervisés disponibles est limité (5 logements disponibles) et de ce fait les critères de sélection des candidats sont devenus plus stricts.

6. SITUATION DE HANDICAP

Synthèse qui définit la réduction des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux

6.1. Habitudes prioritaires retenues pour votre intervention (1^{re} étape)

Cette sélection tiendra compte des difficultés rencontrées par la personne mais également de l'importance associée à ces habitudes (cfr 4). Les habitudes sélectionnées constitueront la finalité (BUTS) de l'intervention et par conséquent les habitudes sélectionnées doivent aussi correspondre à celles pour lesquelles nous disposerons des ressources suffisantes pour assurer une intervention efficace.

HABITUDES prioritaire pour l'intervention	JUSTIFICATION DE LA SELECTION	Dates
Choisir les aliments appropriés pour vos repas, selon vos goûts (quantité et type d'aliments)	<i>Cette habitude est importante pour la santé de CX car le déséquilibre pondéral est important. L'accent est placé sur les habitudes qui touchent les activités de la vie journalière</i>	28/11/03
Assurer son hygiène corporelle et ses soins d'apparence.	<i>Cette habitude est importante pour la santé de CX. Outre l'hygiène, il est important que CX investisse davantage son image de femme.</i>	28/11/03
* Choisir des vêtements appropriés (selon la t°, le type d'activité, les circonstances sociales) * Changer les vêtements souillés, salis * Assurer le rangement et l'entretien du linge	<i>Ces 3 habitudes seront globalisées dans l'intervention. L'autonomie dans la gestion vestimentaire sera privilégiée. Toutes ces habitudes visent à améliorer l'autonomie de CX afin d'envisager l'éventualité d'une orientation vers un logement supervisé.</i>	28/11/03
* Participer à la préparation d'un repas simple (en groupe) * Participer aux activités d'un groupe * Participer à une conversation * Avoir des liens sociaux avec d'autres personnes	<i>Au travers de l'activité collective de cuisine, l'équipe cherchera à favoriser une meilleure communication avec les autres patients. Ces habitudes contribueront à évaluer la possibilité d'orientation vers un logement supervisé qui exige une relative vie communautaire.</i>	28/11/03

6.2. Incapacités prioritaires sélectionnées en fonction de leur impact sur la réalisation de habitudes prioritaires (cfr 3.2) (2^e étape)

INCAPACITES prioritaires pour l'intervention	Impact sur la réalisation de certaines habitudes de vie prioritaires
<i>Sur le plan intellectuel :</i> attention, conscience réalité (conscience de soi, orientation), mémoire, jugement	<i>Ces aptitudes seront importantes pour assurer le déroulement correct des activités de la vie quotidienne soit dans le logement supervisé, soit si elle devait retourner chez sa mère.</i>
<i>Sur le plan du langage :</i> expression verbale	<i>Important pour communiquer avec son entourage. Il faudra rétablir un discours plus cohérent.</i>
<i>Sur le plan du comportement :</i> Volition : décision, persévérance, souplesse, autonomie Conduite : respect des règles, sécurité personnelle, sociabilité, contrôle des pulsions & émotions, écoute	<i>* développer la volition indispensable pour améliorer l'autonomie * améliorer le respect de consignes qui régiront une vie communautaire en logement supervisé. * améliorer ses relations sociales en prévision d'une vie partiellement communautaire</i>
<i>Sur le plan sensoriel :</i> Satiété, la vision (hallucinations)	<i>* améliorer les conduites alimentaires, * réduire les hallucinations visuelles</i>
<i>Sur le plan de la protection et résistance :</i> endurance effort physique et mental	<i>Réduire le sentiment de « fatigabilité » et améliorer la gestion du repos. Réduire l'hyper activité en phase maniaque. Stimuler en phase dépressive.</i>

6.3. Facteurs environnementaux prioritaires sélectionnés en fonction de leur impact POSITIFS (facilitateurs) ou NEGATIF (obstacle) sur la réalisation des habitudes de vie prioritaires

(cfr 5)

(3^e étape)

6.3.1. Facilitateurs prioritaires

FACILITATEURS prioritaires pour l'intervention	Impact sur la réalisation de certaines habitudes de vie prioritaires
CX semble manifestée une meilleure acceptation vis-à-vis de l'AS dont elle attend les visites. L'AS gère provisoirement les dépenses de CX	<i>Cette relation sera importante pour sensibiliser CX à envisager la vie en logement supervisé comme une alternative à son retour en famille auprès de sa mère et de sa sœur.</i>
Le service d'ergothérapie est équipé d'une cuisine et d'une salle de bain	<i>Il sera possible de placer CX en situations réelles pour réinvestir des tâches ménagères et ses soins corporels.</i>
Le centre dispose de logements supervisés extérieurs à l'hospitalisation. Une équipe éducative supervise la vie quotidienne des pensionnaires.	<i>Cette solution serait une bonne alternative pour éviter le retour en famille car ce dernier replongerait CX dans la relation fusionnelle et conflictuelle avec sa mère. D'autre part, CX serait incapable actuellement de s'assumer seul.</i>

6.3.2. Obstacles prioritaires

OBSTACLES prioritaires pour l'intervention	Impact sur la réalisation de certaines habitudes de vie prioritaires
Attitude et support de la mère qui n'a pas rétabli une communication avec sa fille depuis son internement. La famille n'assure aucune aide pratique ou financière (entretien du linge, ...)	<i>Malgré le silence actuel de la mère, il sera probablement très difficile de convaincre la mère d'accepter que sa fille acquière une relative autonomie en bénéficiant d'un studio dans un logement supervisé.</i>
* Attitudes des autres patients qui ne supportent pas aisément CX * Certaines personnes de l'équipe soignante supportent plus difficilement l'attitude de CX	<i>Les réactions négatives des autres patients et de certains professionnels, même si elles sont compréhensives, augmentent le retrait social de CX.</i>
CX et sa famille ne possèdent pas de revenus importants.	<i>Il faudra vérifier le budget de CX afin de vérifier si elle disposera de l'argent nécessaire pour contribuer à la pension due en logement supervisé.</i>
CX ne peut pas disposer d'une machine à lessiver pour assurer l'entretien de son linge personnel. Elle doit confier, contre paiement, son linge au service buanderie du Centre ou se limiter au lavabo de sa chambre	<i>Sans aide de sa famille, CX gère difficilement l'entretien de son linge.</i>
Le nombre de logements supervisés disponibles est limité (5 logements disponibles) et de ce fait les critères de sélection des candidats sont devenus plus stricts.	<i>Il faudra démontrer que le comportement de CX aura suffisamment évolué pour correspondre aux critères de sélection des candidats au logement supervisé.</i>

7. PLAN D'INTERVENTION

7.1. Objectifs d'intervention sur la personne (traitements médicaux, rééducation, stimulation des aptitudes, ...) Référez-vous au point 6.3.1 pour les incapacités et pour les déficiences au point 3.1

7.1.1 Déficiences :	REVISION LE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soins contre les infections urinaires ✓ Soins dermatologiques pour l'eczéma ✓ Médication : <ul style="list-style-type: none"> Kemandrin = anticholinergique (corrige les tremblements dus aux neuroleptiques) Maniprex = thymo-stabilisateur (Lithium) Sulfarlem = déclenche la salivation Barnetil = neuroleptique à visée sédatrice Etumine = neuroleptique à visée sédatrice 	Décembre 2003

Haldol = neuroleptique incisif pour réduire les hallucinations et idées délirantes	
7.1.2 Incapacités/ aptitudes :	REVISION LE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ En général : un « contrat » est établi avec CX, il précise son programme hebdomadaire et les horaires qu'elle doit suivre. Chaque membre de l'équipe dispose de ce planning et doit en vérifier le respect. Le non respect des consignes prévues sera systématiquement discuté avec CX. Le respect des horaires sera particulièrement important pour favoriser une meilleure perception du temps. Les temps de repos seront limités. L'horaire hebdomadaire est affiché dans la chambre de CX. ✓ En ergothérapie : <ul style="list-style-type: none"> - favoriser la prise de décisions, d'initiatives dans le choix des activités. - choisir des activités à plus long terme qui exigent une persévérance, une mémorisation des procédures - proposer des activités structurées qui favorisent l'attention sélective et l'endurance mentale - améliorer la sociabilité et le contrôle de ses pulsions verbales lors d'activités collectives (activités structurées afin de contrôler les interactions) ✓ En kinésithérapie (physiothérapie) : <ul style="list-style-type: none"> - canaliser l'hyper activité - développer l'endurance physique dans des pratiques sportives - meilleure perception de son corps (somatognosie) ✓ Nursing : (collaboration avec la diététicienne pour les repas) <ul style="list-style-type: none"> - surveiller la prise équilibrée des repas - améliorer la qualité du jugement lors de l'habillage (choix des vêtements) et des soins corporels (soins d'apparence) ✓ Psychologue : durant les thérapies l'accent sera mis sur <ul style="list-style-type: none"> - l'expression verbale des émotions - la conscience de soi - la verbalisation des hallucinations visuelles - la conscience de sa sécurité personnelle - sa conduite alimentaire ✓ Musico thérapeute : <ul style="list-style-type: none"> - favoriser l'attention sélective - l'orientation temporelle : rythme, durée, ... - favoriser la sociabilité et l'écoute des autres - canaliser l'hyper activité, favoriser la détente. 	Janvier 04

7.2. Objectifs d'amélioration de la participation sociale (améliorer la réalisation de certaines habitudes, modifier les modes de réalisation, ...)

Référez-vous au point 6.1

PROPOSITIONS	REVISION LE
<p>1. Nutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 x par semaine, CX participera à la préparation d'un repas collectif durant lequel elle devra participer au choix du menu et à l'établissement de la liste d'achat. Elle accompagnera l'ergothérapeute pour réaliser certains achats. Elle participera ensuite à la préparation du repas. Vérification de ses compétences. ✓ Il lui sera demandé d'établir les menus pour une semaine complète ainsi que la liste des achats potentiels et le budget. Cette activité sera réalisée en ergoth. 	Janvier 2004

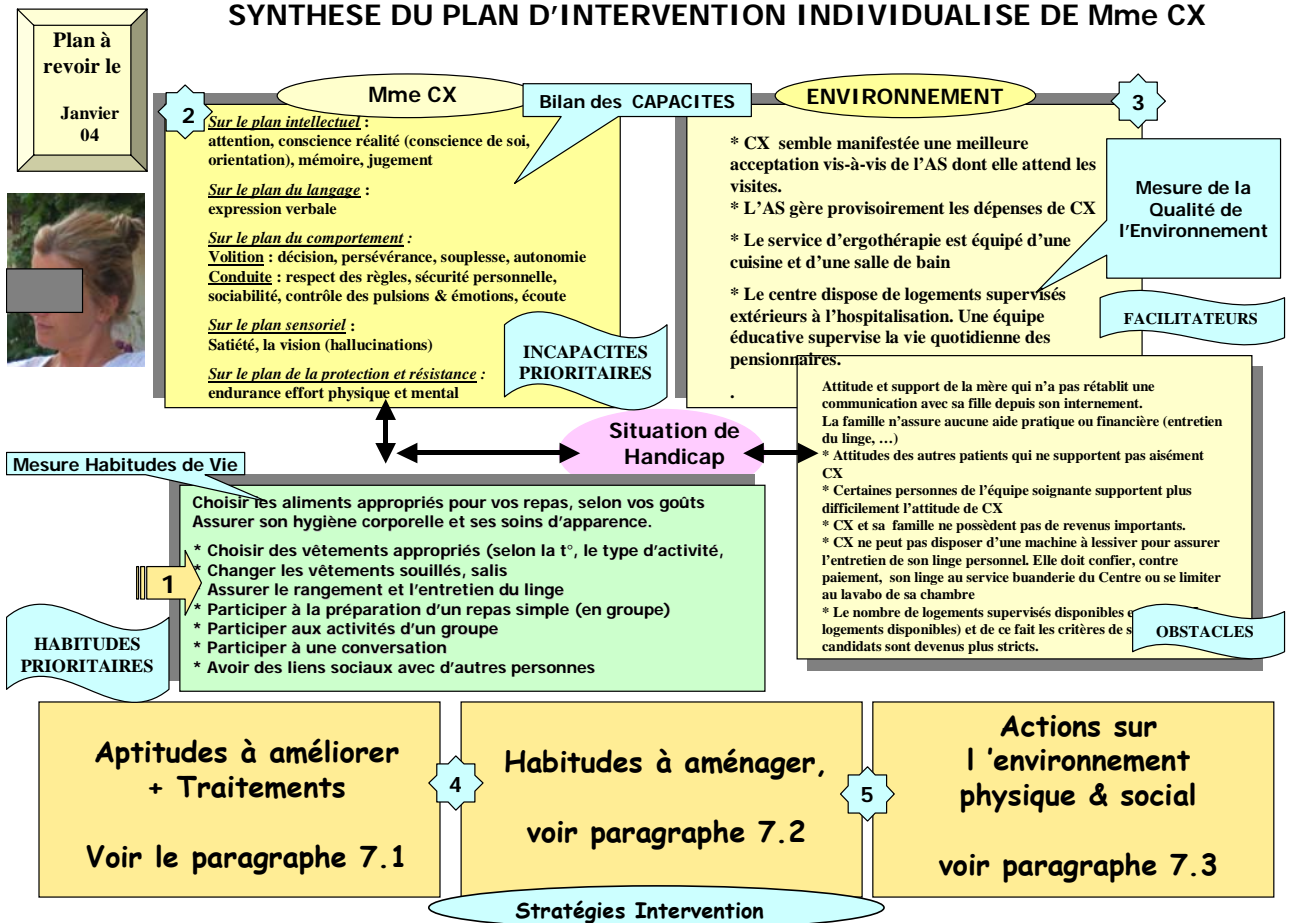
<p>Pour ce faire, elle pourra consulter des revues de cuisine. CX sera stimulée à exprimer ses goûts alimentaires. L'activité sera répétée à plusieurs reprises.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La diététicienne sensibilisera CX sur l'équilibre de ses choix alimentaires. ✓ Contrôle des suppléments alimentaires qu'elle réalise à la boutique du centre hospitalier. 	
<p>2. Hygiène corporelle et soins d'apparence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La prise d'une douche quotidienne sera incluse parmi les obligations du « contrat » (la chambre comporte une cabine de douche) ✓ Participation à une activité de sensibilisation aux soins esthétiques et de bien-être (soins de la peau, maquillage, coiffure, ...) organisée une fois par semaine. ✓ Les efforts de CX seront valorisés par chaque intervenant. 	Janvier 04
<p>3. Gestion vestimentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Faire l'inventaire des vêtements dont dispose CX, tenter d'obtenir du linge supplémentaire chez sa mère (AS) ✓ Organiser le rangement de son armoire, structurer l'espace attribué à chaque type de linge. ✓ Inclure l'obligation de changer quotidiennement son linge de corps ✓ Organiser en chambre la lessive des sous-vêtements et une autre partie du linge pourrait être lessivée manuellement dans la salle de bain du service ergo. ✓ Proposer en ergothérapie une activité de repassage pour vérifier ses compétences. ✓ Evoquer avec CX ses goûts vestimentaires, l'aider à rechercher les styles, les couleurs qui la valorisent. Envisager les possibilités financières d'acheter de nouveaux vêtements et, si c'est possible, l'accompagner pour procéder à l'achat. ✓ Les efforts de CX seront valorisés par chaque intervenant. 	Janvier 04

7.3. Objectifs d'intervention sur l'environnement social et/ou physique de la personne

Référez-vous au point 6.3

<p>1. Assistant social :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre contact avec la mère pour recueillir son point de vue sur l'avenir de sa fille et évaluer son degré d'acceptation par rapport au projet de logement supervisé. - Prendre des effets personnels de sa fille. - envisager les possibilités d'organiser une visite de la sœur cadette. - Evaluer les ressources financières de la famille et évaluer le support éventuel. - prendre contact avec l'équipe des logements supervisés pour préciser les conditions fixées à l'accueil de CX et la disponibilité de logements. - établir le budget de CX - maintenir un dialogue avec CX pour envisager l'éventualité du logement supervisé. 	Janvier 04
<p>2. Psychiatre & psychologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre contact avec la mère pour recueillir son point de vue sur l'avenir de sa fille et tenter de rétablir un dialogue. 	Janvier 04
<p>3. Ergothérapeute :</p> <ul style="list-style-type: none"> - introduire auprès de la direction une demande d'achat d'une machine à lessiver pour permettre aux patients de réinvestir ce type de tâche ménagère durant leur hospitalisation. 	Janvier 04

SYNTHESE DU PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISE DE Mme CX



BIBLIOGRAPHIE

BOULANGER Y.L., C. GAUDREAU, J. GAUTHIER, « Comment optimiser le travail d'équipe en rééducation-réadaptation », Journal de réadaptation médicale, n°3-4 Septembre-décembre 2000 volume 20 - MASSON

CASTELEIN P., « Handicap, approche systémique, réflexions sur un modèle systémique de l'ergothérapie », in « Revue Belge d'Ergothérapie », Acta Ergotherapeutica Belgica Ed., Kortrijk, juin 1992, 63-68.

FOUGEYROLLAS P., NOREAU L., ST MICHEL G. La mesure de la qualité de l'environnement. Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, vol.9, n° 1, 1997.

FOUGEYROLLAS P. ET AL. Évolution canadienne et internationale des définitions conceptuelles et des classifications concernant les personnes ayant des incapacités. Analyse critique, enjeux et perspective. Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, vol. 9, n° 2-3, août 1998.

GRAVIR ASBL, Actes du colloque « Pour un projet de santé individualisé » - Paris 1999

GOUDREAU C. St AMAND H. "Le plan d'intervention individualisée : un outil de structuration du travail interdisciplinaire à l'Institut de réadaptation de Montréal"- session d'affichage du colloque du CQCIDIH-SCCIDIH sur les déterminants environnementaux de la participation sociale. 1995 Québec.

PORTELANCE C. « La communication authentique » Editions du CRAM, collection psychologie, Montréal 1994